García Reynoso (J. M.)

FACULTAD DE MEDICINA DE MÉXICO.

ABSCESOS DEL HÍGADO

ABIERTOS EN LA PLEURA.

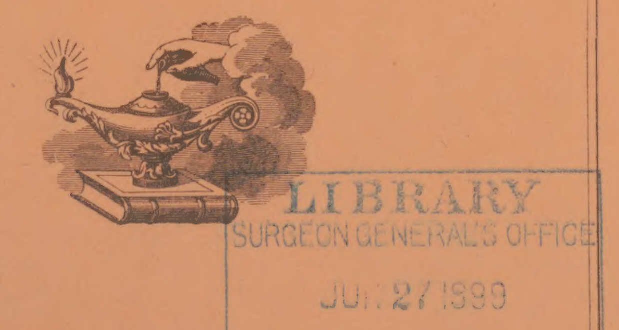
BREVES APUNTES

PRESENTADOS POR

JUAN MANUEL GARCÍA Y REYNOSO,

AL JURADO CALIFICADOR,

EN SU EXAMEN GENERAL DE MEDICINA Y CIRUGIA.



MÉXICO.

IMPRENTA DE IGNACIO ESCALANTE,
BAJOS DE SAN AGUSTIN, N. 1.

1881

C. J. M. Bandera Sinodal propietario

FACULTAD DE MEDICINA DE MÉXICO.

ABSCESOS DEL HÍGADO

ABIERTOS EN LA PLEURA.

BREVES APUNTES

PRESENTADOS POR

JUAN MANUEL GARCÍA Y REYNOSO,

AL JURADO CALIFICADOR,

EN SU EXAMEN GENERAL DE MEDICINA
Y CIRUGIA.



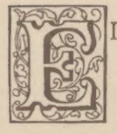
MÉXICO:

IMPRENTA DE IGNACIO ESCALANTE,
BAJOS DE SAN AGUSTIN, N. 1.

1881

A LA SAGRADA MEMORIA

DE MI MADRE.



L asunto que he elegido para mi disertacion inaugural, se refiere á una materia demasiado conocida entre nosotros: desde la Memoria publicada en 1858 por el inolvidable clínico Dr. Miguel F. Jiménez, multitud de escritos sobre las supuraciones del hígado se han sucedido unos á otros. Las importantes investigaciones de los Sres. José María Vértiz, Montes de Oca, Carmona y Valle, y algun otro, dilucidaron ciertos puntos oscuros en la historia de esa afeccion, ó perfeccionaron su tratamiento; y como eco de todos esos trabajos, aparecieron sucesivamente numerosas tésis que se encargaron de vulgarizarlos, mereciendo entre ellas especial mencion la del Dr. Brassetti, y el Opúsculo del Sr. Lino Ramírez, quien tuvo además el mérito de dar á conocer en el extranjero el procedimiento quirúrgico nacional para abrir dichos abscesos.[1]

Segun esto, pareceria que la materia está ya agotada, que no se puede agregar á lo dicho una palabra más; pero ciertamente no es así, porque si bien es verdad que el terreno está ya explorado casi por completo, quedan aún algunos problemas sobre los que no todos están de acuerdo: el tratamiento de las colecciones purulentas del hígado que hacen saliente en el epigastro, por ejemplo. Hay tambien otros puntos de detalle, que sin tener la misma importancia, no carecen de interés práctico ni de novedad; detalles que la Naturaleza, con su asombrosa fecundidad, puede ofrecer á la observacion del último de los estudiantes.

Esto último sucede en mi concepto con la cuestion que voy á tratar, pues creo haber visto en la marcha de los abscesos hepáticos abiertos en la cavidad de la serosa pulmonar, ciertas particularidades no señaladas por los autores. En efecto, si es cierto que Rouis[2] llamó ya la atencion sobre la

1 Congreso Médico Internacional de Paris. 1867, pág. 444.

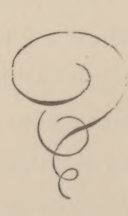
2 Recherches sur les suppurations endémiques du foie, 1860.

secuela extraña que sigue algunas veces la enfermedad, si Castro[1] indica tambien algo semejante, en las publicaciones nacionales encuentro solamente la Tésis del Sr. Eduardo Vargas que se ocupe de este punto,[2] apoyándose en una observacion de mi buen amigo el Dr. Miguel Otero, y en otra del Dr. Fernando López. Yo conocí el primero de esos hechos, y habiendo la casualidad puesto en mis manos otro que completa la historia patológica de ese modo de terminacion de los abscesos yecorales, me propuse analizar dichas observaciones y las que hallé consignadas en los libros, reuniéndolas en un solo haz.

Al emprender este pequeño trabajo, pretendo únicamente llenar el requisito exigido por el Reglamento de nuestra Escuela, á quien pretende obtener el honroso título de Médico-Cirujano de la Facultad de México.

1 Des abces du foie des pays chauds, et de leur traitement chirurgical. 1870.

2 Breve estudio sobre el diagnóstico diferencial de los abscesos del hígado abiertos en la pleura. 1879.



I.

CUANDO la hepatítis verdadera ha terminado por supuracion, puede ésta pasar los límites de la glándula, porque su tendencia natural es abrirse un camino al exterior. Así es que vemos frecuentemente al absceso insinuarse paso á paso á través de los tejidos, y llegar hasta la piel de la pared torácica ó del epigastrio; ser evacuado por los bronquios, y abrirse en el tubo intestinal. Ménos comun es que caiga al peritonéo ó que pase á la pleura, y más raro todavía que haga irrupcion en el pericardio. Se citan aún otras terminaciones singulares. Y no es demasiado extraño que despues de haber sido vaciado por un lado, espontánea ó artificialmente, busque el pus además otra salida distinta.

Mi intencion al principio fué estudiar la ruptura de los abscesos de hígado en las serosas vecinas, pero el temor de ser difuso, hace que sólo me ocupe de los abiertos en la pleura.

Entro desde luégo en materia.

Como del análisis de los hechos que tengo á la vista, resulta que los síntomas observados durante el paso de una coleccion purulenta del hígado á la cavidad pleural, no son siempre los mismos, y que una vez verificado aquel, pueden variar, tanto la marcha, como la terminacion de la enfermedad, me creo con derecho para describir tres formas clínicas distintas.

Primera forma.—En un primer grupo de casos, se asiste al desarrollo brusco y repentino de una terrible pleuresía sobreaguda: el trabajo flegmásico habia avanzado más allá de la circunscripcion del órgano, ulcerado el diafragma, propagádose á la hojilla parietal de la pleura; ya iba ésta á soldarse íntimamente con la visceral, preparando así una salida favorable al pus, como lo es su evacuacion por los brónquios, cuando por un motivo cualquiera (comunmente un movimiento brusco del enfermo), las adherencias se rompen, y el líquido irritante cae intempestivamente en la cavidad de una serosa sana, no preparada para recibirle.

Sirva de ejemplo la siguiente observacion, con la que honro mi pobre tésis, pues fué escrita por la pluma maestra del Sr. Jiménez.[1]

OBSERVACION 1ª

UN ABSCESO HEPATICO, AL ABRIRSE EN LA PLEURA, DETERMINA RAPIDAMENTE LA MUERTE.

"Teófilo Suarez entró al Hospital el 5 de Mayo de 53, con un absceso del hígado que databa de fines de Febrero. El tumor se presentaba en el epigastrio, y no habiendo indicio alguno de adherencias, quedó sujeto á un método expectante. El dia 19 del propio mes se quejó de alguna tós y opresion en el pecho; pero nada revelaron ni la percusion ni la auscultacion de esa cavidad. El 20, en la madrugada, quiso sentarse con violencia á tomar el vaso, pero no le permitió ni incorporarse en la cama, un dolor muy vivo y pungitivo que estalló súbitamente en el costado derecho, dejándolo como estacado, sofocada la respiracion. Tres horas despues lo hallamos en la visita con una fisonomía sumamente descompuesta, cubierto de sudor frio, inmóvil, en posicion supina, pudiendo apenas respirar y sofocado por el dolor que existia *en todo el costado derecho:* la respiracion, como abortada y á 60, parecia hacerse únicamente por las clavículas y las primeras costillas iz-

1 Opúsculo citado, página 35.

quierdas: habia un sonido macizo en todo el lado derecho del tórax hasta el primer espacio intercostal: faltaba allí la respiracion, y solo habia un ligero soplo tubario en la fosa supra-espinosa: ninguna egofonía (existia la fluctuacion perpendicular). El tumor del vientre no habia disminuido de un modo sensible; *se halló un poco ménos prominente y como flojo: tanto, que la fluctuacion, allí, no era ya tan clara como se habia percibido hasta entónces.* El pulso filiforme y muy rápido latia 140 veces; es decir, que habia aumentado 24 latidos sobre los de los dias anteriores: se notó un poco de cianosis en los labios y en las manos y piés.

Inmediatamente se practicó la toracentésis con un trócar comun, y por su medio se extrajeron 19 onzas de pus rojizo. La entrada del aire que comenzó á verificarse silbando por la cánula á cada inspiracion, obligó á suspender la operacion. A pesar de la calma que ésta produjo desde luégo, los síntomas generales se agravaron con rapidez en la tarde, y el enfermo sucumbió á las siete de la noche, con un frio glacial de todo su cuerpo.—En el cadáver hallamos más de dos libras de pus rojizo, derramado en la pleura derecha, cuyas dos hojas estaban forradas de natas albuminosas muy blandas y únicamente sobrepuestas á aquella membrana, muy enrojecida por una fuerte inyeccion del tejido celular subseroso: el pulmon estaba simplemente replegado á las partes superior y posterior de la cavidad. En el hígado habia un foco lleno de pus, en el que cabian cómodamente mis dos puños reunidos. La comunicacion se habia establecido por una abertura del diafragma tan ancha como una peseta, y cuyos bordes por la parte de arriba, tenian el aspecto dentellado de una rasgadura reciente."

En casos como éste no puede caber duda ninguna; porque si en un individuo portador de un absceso hepático vemos aparecer el conjunto de síntomas señalado, y además hallamos que con la diminucion notable del tumor del vientre, señalada terminantemente en la observacion, coincide el desarrollo repentino de un derrame en el pecho, es natural deducir que el foco purulento del hígado se ha vaciado en la cavidad pleural vecina.

Encuentro consignado otro hecho del mismo género en una leccion clínica del Señor Profesor Carmona y Valle, publicada en los números 21 y 22 de "La Escuela de Medicina," correspondientes al presente año. Es como sigue:

OBSERVACION 2ª

OTRO CASO DE ABSCESO HEPATICO QUE, ABRIENDOSE BRUSCAMENTE EN LA CAVIDAD DE LA PLEURA DERECHA, TRAE LA MUERTE EN POCAS HORAS.

"Hace pocos dias se presentó en nuestras salas un enfermo con todos los síntomas de un antiguo absceso hepático, dolor en el hipocondrio, movimiento febril con exacerbaciones, dolor característico en el hombro, etc., y los signos físicos que nos hicieron apreciar el pus del hígado..... Al percutir en este hombre la region hepática, se notó que el límite superior de la macicez *no seguia una línea sensiblemente horizontal*, como sucede en la inmensa mayoría de los casos, sino que *al llegar á la línea mamilar derecha, el nivel se levantaba para volver á descender en la region external*, formando así una curva de convexidad superior. Se le hizo una puncion en la que se le extrajo una cantidad considerable de pus, consiguiendo por de pronto que se mejorase su estado general, que no era de lo mejor; pero con sorpresa nuestra, al segundo ó tercer dia, vimos que el estado general se habia hecho alarmante; encontramos una postracion profunda que no habia existido, con enfriamiento completo; nuestra alarma fué mucha, y examinando la region hepática, nos encontramos con que la macicez que primitivamente se extendia hasta la cuarta costilla subia entónces hasta la clavícula y se extendia al costado y á toda la parte posterior desde el vértice hasta la base. Faltaba todo ruido respiratorio y las vibraciones torácicas estaban completamente apagadas. En una palabra, habia todos los signos de un abundante derrame que llenaba toda la pleura derecha.

El enfermo murió á poco tiempo y en la autopsía nos encontramos una perforacion diafragmática..... situada á nivel del ángulo ántero-inferior del pulmon derecho, un derrame abundante de pus, y los signos recientes de una pleurítis sobreaguda...... *El absceso correspondia precisamente al punto en que, durante la vida, se levantaba el nivel del límite superior de la macicez.*"

Intencionalmente he subrayado algunas frases de la anterior historia clínica, porque quise llamar la atencion del lector sobre esa elevacion brusca y circunscrita que se observó en el nivel superior de la macicez hepática, ántes de que el absceso se derramara en el tórax. Muy de notarse es, tambien, la circunstancia de que en el cadáver, se viera la perfo-

racion diafragmática corresponder precisamente á ese lugar. Volveré sobre este punto cuando hable del diagnóstico.

El primer tipo, retratado en los dos anteriores hechos, ofrece el cuadro sintomático que *à priori* se podia suponer debe siempre observarse, cuando un líquido irritante, como es el pus, obra sobre la serosa pulmonar. Porque, acostumbrados á ver la manera ruidosa como se revela la ruptura de un absceso en otras serosas, en el peritonéo, v. gr., si se ha presenciado varios casos semejantes á los citados, encontrando siempre los mismos síntomas, parece lógico esperar que en lo sucesivo sucederá probablemente lo mismo. Y en efecto, ese es el cuadro descrito por la mayoría de los autores, pues seguramente habian observado únicamente esa forma.

El Sr. Jiménez, por ejemplo, se expresa así:

"Suponiendo que cualquiera de los modos de abrirse el absceso se verifique en el curso de una observacion bien hecha, y por decirlo así, á la vista del práctico, es imposible desconocer el accidente; porque la inflamacion sobreaguda, *siempre y prontamente mortal*, de *cualquiera* de las serosas referidas, que estalla de súbito, con diminucion del volúmen del hígado, y aparicion de los síntomas de un derrame en aquellas cavidades; ó los vómitos, evacuaciones ó esputos abundantes, que respectivamente en cada caso interrumpen de golpe la marcha del absceso, y en los que es fácil reconocer la naturaleza del pus excretado, no dejan, en lo general, la más pequeña duda acerca de la abertura espontánea é interior del apostema. Mas si desgraciadamente, etc."

SEGUNDA FORMA.—A pesar de lo dicho por el eminente clínico, no es enteramente exacto que la inflamacion que resulta sea siempre mortal: prueba de ello es el siguiente caso, que doy como ejemplo del segundo grupo. Los datos de la observacion fueron tomados por el Dr. Fernando López, aspirante entónces en el Hospital Militar.

1 Loc. cit., pág. 32.

OBSERVACION 3ª

UN ABSCESO DE HIGADO, AL ROMPERSE EN LA PLEURA, DESPIERTA LOS TERRIBLES SINTOMAS DE LA PLEURESIA SOBREAGUDA; SE HACEN DOS PUNCIONES SUCESIVAS Y EL ENFERMO SE REPONE; PERO LO MATA EL AGOTAMIENTO AL CABO DE DOS MESES Y MEDIO.

"Se trata de un enfermo que se presentó á la Clínica el dia 30 de Mayo de 76.—Es un individuo natural de Guadalajara, de 28 años de edad, de oficio jornalero, y de temperamento sanguíneo-linfático. No habiendo tenido ocasion de observarlo desde el principio de su afeccion, referiré sumariamente los datos que he podido recoger, para ocuparme más especialmente de lo que yo mismo he observado.

Individuo de costumbres disipadas, segun él refiere, cometia desde hacia mucho tiempo excesos con el licor llamado tequila, sin que le hubiera sobrevenido nunca otra cosa, que algunas perturbaciones ligeras del aparato gastro-intestinal.

Estando ya en México, y despues de una comida abundante y de una embriaguez llevada al exceso, tuvo fuertes dolores de estómago, deposiciones amarillentas, vómitos amargos, sed intensa y postracion. El enfermo, tratando de curarse, tomó una nueva dósis de alcohol, apareciendo luego síntomas nuevos: pesadez é incomodidad en la region hepática, trasformada á poco tiempo en un dolor pungitivo, que se irradiaba hasta el hombro, y calentura que le aumentaba por las tardes. Ésta fué la que hizo al enfermo entrar al hospital, donde acabó de completarse el cuadro clínico de la hepatítis supurada.

El dia 2 de Junio aparecieron síntomas alarmantes, que hicieron á este enfermo digno de un estudio especial. A la hora de la visita lo encontramos sumido en una postracion en extrema desproporcion con su notable robustez, acostado en la posicion supina, no podia moverse en ningun sentido sin que le vinieran accesos de tos y de sofocacion, con exacerbacion de sus dolores, obligándolo á volver á su primitiva posicion. Un sudor viscoso humedecia su cara pálida y amarillenta, que indicaba la mayor angustia; las ventanas de la nariz se dilataban á cada inspiracion: con la boca entreabierta y los codos apoyados en la cama, hacia un verdadero esfuerzo para conseguir inspiraciones incompletas y numerosas. Su pulso era frecuente, pequeño y filiforme: las extremidades frias y de un color amoratado, que se marcaba principalmente en las uñas y en los labios. Apénas pudo referirnos que

al hacer un esfuerzo para bajar rápidamente de su cama, sintió un dolor muy agudo en la mitad derecha del pecho, y una sofocacion tal, que creyó ahogarse. Insistia de un modo especial en desviar la atencion que fijábamos en la region hepática, diciéndonos que allí habia desaparecido casi todo.

La exploracion física nos dió lo siguiente: A la inspeccion, un abovedamiento marcado de la region hepática, que extendiéndose á la izquierda, borraba el hueco epigástrico, y algunas venas superficiales engurgitadas de sangre. La palpacion indicaba una renitencia especial, debida al aumento de volúmen del hígado, cuyo borde inferior descendia hasta cerca del ombligo. Comprimiendo con el pulgar los 8º y 9º espacios intercostales, ensanchados y abovedados, se podia sentir la fluctuacion.

La percusion confirmó el límite inferior del hígado, siendo imposible fijar sus límites superiores, porque la matitez se extendía sin interrupcion hasta el hueco supra-clavicular.

Examinando rápidamente el tórax, porque el enfermo no podia permanecer sentado sino por momentos, encontramos: por la simple palpacion, renitencia al nivel de los espacios intercostales, así como una fluctuacion manifiesta; haciendo hablar al enfermo, una falta completa de las vibraciones torácicas. La auscultacion no hacia oír en el pulmon derecho ningun sonido: para algunos, sin embargo, existia un soplo tubario en el vértice del pulmon.

En el pulmon izquierdo, sólo se notaban algunos gruesos estertores, y el murmullo vesicular más débil de lo que pudiera esperarse. Midiendo las dos mitades del tórax, resultó una diferencia de 2 centímetros en favor del derecho.

Debo hacer notar que la tos, muy repetida, era acompañada de una expectoracion mucosa, difluente, sin huellas de pus ni de sangre.

La primera indicacion que se presentaba, puesto que el enfermo se asfixiaba, era hacer inmediatamente una puncion del tórax, la que fué practicada introduciendo el trócar al nivel del 6º espacio intercostal, dando salida de esta manera á 810 gramos de pus achocolatado, espeso, y con el olor particular del pus hepático. No cambió inmediatamente despues de la puncion la matitez, que siguió invadiendo todo el lado derecho.

Llenada esta primera indicacion, pudimos ocuparnos ya del absceso del hígado. Aquí estaba indicada igualmente la puncion de la glándula, la que se practicó al dia siguiente al nivel del 8º espacio intercostal, sacando 409 gramos de un pus más difluente que el anterior; se pudo notar una diminucion del hígado. Despues de esto, el enfermo siguió mejorándose de un modo notable, sus fuerzas no decaían; el apetito era bueno; la calentura no estaba elevada; sus digestiones se hacían fácilmente.

El dia 22 del mismo mes se repitió la puncion del tórax; pero con gran sorpresa notamos que no escurria ni una gota, lo que hizo suponer que la abertura del diafragma, si no se habia cicatrizado, estaba obstruida por falsas membranas.

Hasta dos meses despues de la complicacion formidable que llevo referida, el enfermo marchaba felizmente, al parecer hácia la curacion, apénas perturbada por ligeras complicaciones como ligeros derrames en la pleura izquierda y en el peritonéo, ligeras perturbaciones digestivas, que todas han cedido fácilmente.

Este enfermo murió el 20 de Agosto del mismo año, casi seguramente del agotamiento, por la destruccion casi completa de la glándula; pues no se presentó afeccion grave intercurrente ninguna que pudiera explicarla. Sólo en los tres últimos dias, se notó en él una diarrea profusa.

A la autopsía se encontró: La cavidad peritoneal enteramente normal. La cara superior del hígado adherida al diafragma en una grande extension; y *la abertura de comunicacion del absceso con la cavidad pleural, enteramente cicatrizada.* La cavidad del absceso del hígado muy extensa y muy poco retraida; sus paredes muy delgadas, lisas y con poco tejido de nueva formacion; *poco pus en su cavidad* con el color peculiar.

La cavidad pleural derecha sin pus absolutamente y con algunas adherencias poco resistentes, aunque gruesas. En la cavidad pleural izquierda un ligero derrame seroso."

Importa para el plan que me he propuesto, hacer notar de esta observacion:

1º Que el enfermo se repuso del sacudimiento recibido, gracias, por una parte, á una oportuna intervencion, y por otra á la robustez de su organismo.

2º La necrópsia demostró claramente que curó en realidad de la terrible complicacion, circunstancia que da ya idea de la posibilidad de una curacion radical, puesto que los abscesos de hígado son tambien curables.

Habla tambien en este mismo sentido la siguiente:

OBSERVACION 4ª

(extractada de la obra citada de Castro.)

ABSCESO DE HIGADO ABIERTO EN LA PLEURA.—MUERTE.

"Eleuterio Ruga, griego, de edad de 55 años, entró al Hospital el 25 de Julio. Su enfermedad data de dos meses ántes; por los anamnésticos y los síntomas encontrados ese dia, se viene en conocimiento de que se trata de una supuracion de hígado. Continuando la enfermedad su marcha, con cierta irregularidad, se nota el 21 de Agosto que el hinchamiento del hígado bajo las costillas aumenta más y más; la operacion se hace el 27 con un grueso trócar: sale un pus color de café con leche.

Se quita el tubo el 2 de Setiembre.

El dia 21 del mismo, disenteria.

El 1º de Octubre se aplican ventosas sobre la abertura, y se extrae gran cantidad de pus.

Mas tarde, diarrea abundante, debilidad suma: *salia aire por el tubo de canalizacion.* Incomodaba al enfermo el olor desagradable de su propia respiracion.

El 28 de Octubre se anuncia una erisipela.

El 31, dolor agudo del lado derecho; calofríos.

En fin, muere el 2 de Noviembre despues de 5 meses de padecimientos.

El cadáver presentaba un tinte sub-ictérico. El tubo de canalizacion no penetró en el hígado, sino en la pleura, que contenia cerca de un litro de pus. Sus paredes estaban tapizadas de placas de un blanco sucio. El pulmon derecho, congestionado, estaba comprimido hácia arriba; el izquierdo enfisematoso. Visto el diafragma del lado del tórax, presentaba una depresion cicatricial en forma de embudo, que hacia continuacion con otra pequeña cicatriz del hígado, de una consistencia fibrosa. Esta cicatriz daba la idea de un pequeño absceso que se hubiera abierto en la pleura; resistió á las tracciones hechas sobre el diafragma, pero el tejido del hígado se desgarraba. El hígado no parecia ni aumentado de volúmen, ni alterado en su estructura; pero cortándole se encontró en su centro otro pequeño absceso de la magnitud de una avellana, cuyas paredes blanquizcas tenian un espesor de 2 milímetros. El pus contenido era espeso y blanco-amarillento. La mucosa del recto y la del ciego presentaban dos manchas redondas de 5 centímetros, fuertemente inyectadas por pequeños vasos. Los otros órganos estaban sanos."

Es extraño que los hechos semejantes al de la observacion 3.ª sean tan poco conocidos, porque no han debido ser demasiado raros: ya Woillez,[1] ocupándose en general del derrame de las colecciones purulentas en las cavidades cerradas, se expresaba como sigue: "......Si el pus hace irrupcion en una cavidad serosa, resulta una inflamacion sobreaguda ordinariamente funesta, sobre todo, cuando la ruptura tiene lugar en el pericardio, caso en el cual la muerte ha podido ser instantánea. En el peritonéo la inflamacion dura ordinariamente algunas horas por lo ménos, y en la pleura se prolonga más, presentando ménos peligro."

Para despejar por completo la extrañeza que pudiera originar aquella asercion, advertiré á este propósito que ha sucedido cosa análoga áun con el pericardio mismo, como en un caso extraordinario referido por Gravez.[2]

TERCERA FORMA.—Volviendo á nuestro asunto, paso á tratar de la última de las formas clínicas que he creido poder describir: por las curiosas particularidades que ofrece, es, á á todas luces, la más interesante de las tres. Para dar una idea

1 Diccionario de Diagnóstico médico, págs. 7 y 8.

2 El hecho es tan interesante, que no puedo resistir al deseo de recordarlo aquí resumiéndolo del tomo 2° de la Clínica Médica del autor citado, página 347 y siguientes.

Una mujer de 25 años, constitucion miserable, temperamento nervioso, es atacada súbitamente de una peritonítis generalizada. Cuando los síntomas agudos se han calmado un tanto, se encuentra en el epigastrio y en el hipocondrio un tumor considerable de forma cónica, con cierta elasticidad cuando se le comprime; mate á la percusion, dá una sensacion de fluctuacion oscura y la presion sobre él es bien dolorosa. Se extiende del apéndice xifóide, hasta dos pulgadas arriba del ombligo; en el sentido lateral, ocupa un espacio de 3 á 4 pulgadas.

Más tarde sobrevienen evacuaciones abundantes de color negro, precedidas de dolores y cólicos; la percusion en el tumor, que ya no es fluctuante, dá un sonido timpánico: como el abultamiento se asemeja al estómago distendido por gases, se introduce en el esófago el tubo de la sonda gástrica, pero sin resultado. (Se trataba de un absceso hepático que se había evacuado en el estómago, y los gases contenidos en éste pasaron á la cavidad de aquel.)

En los dias subsecuentes la diarrea sufre alternativas ya en bien ya en mal; el tumor disminuye poco á poco y acaba por desaparecer.

Veintiseis dias despues del principio la enferma es atacada de un dolor agudo en la region cardíaca, ha tenido palpitaciones violentas y experimentado un calor quemante abajo del seno izquierdo. El exámen del pecho enseña que la inflamacion se ha propagado al pericardio

del tipo, lo mejor será reproducir el primer hecho de este género observado entre nosotros, que pertenece al Dr. Otero. (Lo tomo en su mayor parte de la Tésis citada del Sr. Vargas, agregando algunos detalles más que encontré en un interesante trabajo del profesor Carmona y Valle sobre los caractéres microscópicos del pus hepático; trabajo publicado en el tomo XV, entrega 6ª, de la "Gaceta Médica de México.")

OBSERVACION 5ª

EN UN INDIVIDUO QUE PRESENTA REUNIDOS LOS SINTOMAS DE UN DERRAME DE PECHO Y DE UNA HEPATITIS, SE DESCUBRE QUE SE TRATABA DE UN ABSCESO YECORAL VACIADO INSIDIOSAMENTE EN LA CAVIDAD DE LA PLEURA DERECHA; POSTERIORMENTE LA COLECCION SE HACE OTRO CAMINO POR LOS BRONQUIOS.— MUERTE A LOS 14 MESES DE ENFERMEDAD.

"El dia 28 de Enero de 1878 ocupó Manuel Carreon la cama número 5 del servicio de Clínica interna. Este enfermo era un hombre de 30 años de edad, herrero de oficio y soltero. La enfermedad que le hizo entrar al Hospital de S. Andrés databa de un poco más de seis meses; su salud anterior habia sido buena; no habia ningun antecedente de herencia, ni padeció jamás fiebre eruptiva alguna; costumbres alcohólicas, denunciándose por pe-

y á la pleura izquierda: la percusion del pecho dá un sonido normal, excepto al nivel de la parte média é inferior de dicho lado, puntos en que además el ruido respiratorio es poco marcado. A media pulgada del borde inferior del seno hay un ligero ruido como de soplo, que cerca del esternon aumenta de intensidad trasformándose en un verdadero crujido (craquement).

Al dia siguiente los fenómenos estetoscópicos, ya exagerados, se extienden á toda la region precordial; se percibe además un *ruido (cliquetis) metálico muy particular*, irregular en su aparicion: dá la idea de un líquido que cayera gota á gota sobre el pericardio ó en su interior. (Una perforacion del pericardio habia permitido la entrada del aire en su cavidad.)

Despues, esa crepitacion metálica se marca más hasta llegar á ser un brillante retintin metálico que acompaña cada batimiento del corazon.

La enferma sucumbe 4 dias despues de la perforacion de la serosa cardíaca, 7 despues de que se declaró la flegmasía de ésta. Al hacer la autopsía se halla un vasto absceso en el lóbulo izquierdo del hígado, en comunicacion directa con el interior del pericardio por una perforacion del diafragma, bastante ancha para admitir el médio ó el anular; esta serosa contenia dos onzas de un líquido amarillento, mezclado con copos de linfa plástica y ofrecia los otros caractéres de una inflamacion aguda. El pulmon izquierdo estaba comprimido por 1 litro, 135 gramos de líquido sero-purulento. El estómago tenia 3 perforaciones, dos de las cuales comunicaban tambien con el absceso.

queños terigiones de color verde aceituna, y por el corto é intranquilo sueño: estaba enflaquecido, pudiendo decir que llevaba en sí el gérmen de algun mal que le envejecia prematuramente.

La etiología y principio de sus padecimientos fué como sigue: Yendo de paseo comió alimentos indigestos y bebió tlachique hasta embriagarse; estando así le cayó encima un aguacero, y refugiándose en una estacion de ferrocarril, se quedó dormido con la ropa empapada. El dia siguiente al despertar se sintió acalenturado y con calofrío; en la tarde ardia en calentura, deliró, tuvo una tos seca y una punzada en el lado derecho del tórax; no recordó haber tenido ese dia ningun trastorno digestivo, fuera del que experimentara otras veces despues de un exceso alcohólico. No hubo entónces hipo ni esputos.

Durante 6 ú 8 dias la fiebre le hizo perder por completo el conocimiento, de modo que no pudo decir nada de esa época, y sólo recuerda que se acostaba sobre el lado derecho para calmar el dolor. Cuando volvió en sí se encontró con ansia, tos, quebranto general; el más ligero movimiento le ocasionaba dolor; estaba además costipado y tenia la boca amarga; no hubo hipo ni ictería. El dolor se habia fijado en el costado derecho, no existiendo ninguno en la espaldilla. Por ese tiempo *sus orinas tuvieron el color del azafran.*

Estos síntomas persistieron más ó ménos intensos por espacio de tres meses, haciéndose notar sobre todo un pequeño calofrío que le acometia por las tardes, seguido de ligera humedad del cuerpo, durante lo cual sus extremidades se ponian frias.

En el siguiente mes estuvo, decia el mismo Carreon, cayendo y levantando, con el dolor más ó ménos fuerte, con calentura ó sin ella, llegando algunas veces la dispnéa hasta amenazar sofocarle; en esto vino edema en los piés y por ese tiempo notó *que se le abultaba el vientre del lado derecho, abajo del reborde costal.* Sin embargo, desde entónces hasta la fecha de su entrada en el hospital habia mejorado relativamente, y 8 noches llevaba de no tener fiebre.

Pasaré ahora á lo que entónces podia llamarse el *estado actual.* Desde luego se nota dispnéa, pues el enfermo, acostado sobre el lado derecho, tiene su respiracion anhelante y difícil; al sentarse le vienen accesos de tos. El paciente siente un gran cansancio general, tiene buen apetito y alguna sed; no hay basca, pero la lengua tiene un ligero barniz blanquizco; tampoco ahora hay hipo y sigue costipado; no hay dolor en el hombro, pero sí *en el costado exacerbado por la presion.* El calor de la piel es normal: 36°6 en la axila; el pulso frecuente, pequeño y depresible, es regular en ritmo y en intensidad.

Como las primeras respuestas del enfermo llamaron nuestra atencion sobre el tórax, buscando allí encontramos: por la inspeccion de la parte posterior, que el lado derecho estaba abultado, *pero más inferior que superiormente;* los espacios intercostales abovedados, convexos; la piel lisa y como luciente; las costillas inferiores inmóviles, las superiores apénas se elevaban, y todo esto contrastando con la gran movilidad y libre juego del otro lado. Por la parte anterior se notaba una cosa semejante, pero además se fijaba la vista naturalmente *en un abultamiento del lado derecho y superior del vientre*, que llegaba abajo, al nivel de una línea que pasase por la cicatriz umbilical, *continuándose arriba con el abultamiento de la base del tórax;* además se ve palpitar el corazon con gran fuerza, latiendo su punta al nivel del 6º espacio intercostal y casi sobre la línea axilar.—La palpacion confirma lo que nos hizo ver la inspeccion: los espacios intercostales están agrandados del lado derecho, las costillas no cambian de posicion durante los movimientos respiratorios, y por último, en varios espacios es bien marcada la fluctuacion perpendicular: siendo allí la presion más dolorosa, el dedo deja una impresion profunda á este nivel; habia un edema subcutáneo en la misma mitad derecha, que se extendia hasta el dorso y un poco al vientre; las vibraciones faltaban del lado derecho: eran poco más ó ménos normales en el izquierdo. Además, el borde cubital de la mano así como la percusion, limitaban el borde cortante del hígado al nivel de la saliente que la inspeccion nos señaló, sintiéndose al mismo tiempo una sensacion como de pastosidad elástica. La medicion nos dió 2½ centímetros en favor del lado derecho. La percusion, matitez por la parte posterior desde el vértice hasta la base, ménos entre el borde espinal del omoplato y el ráquis; en el momento de percutir era bien marcada la resistencia al dedo. Por la parte anterior habia claridad desde el vértice hasta la clavícula, más abajo oscurecia el sonido para hacerse casi inmediatamente mate hasta el vientre. Sobre la línea axilar, matitez en toda la altura. La mitad izquierda poseía su sonoridad normal.

Por la auscultacion se percibia un soplo ligero en la fosa supra-espinosa: en la infra-espinosa soplo más fuerte y egofonía: más abajo, nada. Hácia la canaladura se percibia la respiracion débil. Por delante, en el vértice, se oía débil la respiracion: desde el nivel para abajo, ausencia de ruidos. En la parte superior de la axila respiracion débil; luego, silencio absoluto.

Como medio diagnóstico y de tratamiento se hizo una puncion usando el aspirador Potain al nivel *del 6º espacio intercostal*, obteniéndose 2½ litros de un pus color de champurrado, con todos los caractéres microscópicos que conocemos al pus hepático. Al microscopio se le encontró formado de muy

pocos leucocitos y de una gran cantidad de granulaciones y de grasa en glóbulos más ó ménos grandes.

El enfermo se mejoró inmediatamente despues de la puncion; se vió que el abultamiento del hígado disminuía, que los espacios intercostales se marcaban; pero por de pronto no se pudo notar cambio apreciable del lado del tórax. Sin embargo, al dia siguiente el sonido claro de la parte anterior bajaba unas cuantas líneas más que por la parte posterior: era el sonido más claro (aunque habia diferencia comparado con el del lado izquierdo), hasta la 6ª costilla. Las vibraciones del tórax bajaban al mismo nivel y el murmullo vesicular podia oirse en toda esa altura. En el límite superior de la matitez, egofonía, y más arriba frote pleural. Por la medicion sólo quedaron 1½ centímetros en favor del lado derecho.

Despues de la primera puncion se hicieron otras en varios puntos y *en diversas alturas*, ya en la axila, ya en la parte posterior cuando la dispnéa señalaba un exceso de pus en aquella cavidad pleural: en todas ellas se obtuvieron buenas cantidades de pus, siempre con los caractéres mencionados. Por varios meses, bajo la influencia de un plan tónico y combatiendo las complicaciones, el enfermo se mejoró; pero la coleccion purulenta se reproducia sin cesar: vino la diarrea que se lograba contener por algun tiempo, y que despues volvia, así como la calentura héctica que agotaba al enfermo.

Los signos físicos no presentaron nada notable para nuestro objeto: únicamente diré que se observó en cierta época lo siguiente: *una vez fijado el límite superior de la matitez y colocado el enfermo en posicion supina, si se le hacia sentar, subia la oscuridad uno ó dos dedos.*

A mediados de Agosto empezó á arrojar en el esputo un pus enteramente igual al que se obtenia por medio de las punciones; y por último, el 15 de Setiembre, despues de 14 meses de desesperada y heróica lucha, aquel organismo acabó por sucumbir.

Autopsía hecha el 16 de Setiembre de 1878.—Abiertas las dos cavidades que nos interesaban, se notó inmediatamente en la parte lateral derecha del tórax una vastísima cavidad ovóidea, llena á médias de un pus grumoso, idéntico al obtenido por la toracentésis, en el que nadaban colgajos blandos de tejidos destruidos. La parte superior reproducia en su forma la figura del pulmon; de modo que limitada hácia la línea média y de adelante atrás por los mediastinos y el pedículo del pulmon, lo estaba adelante y afuera por la parte interna de la pared torácica, y pasando debajo de la clavícula, subia un poco arriba de ella: hácia la parte superior de la gotera vertebral y en el pedículo del pulmon, quedaban algunos restos de éste informes, descono-

cidos y forrados de falsas membranas; éstas existian en toda la cavidad, que exhalaba un insoportable olor. Pero donde existia la duda, era en la parte inferior, precisamente el punto interesante; en efecto, habia una excavacion de concavidad superior ocupando el lugar de la convexidad de la glándula hepática, pero que estaba cubierta de una densa y resistente membrana fibrosa, que para algunas de las personas presentes, era el diafragma rechazado hácia abajo; sin embargo, mucho más arriba habia un tabique incompleto cubierto tambien de neo-membranas, tabique cóncavo hácia abajo, que fijándose afuera á las últimas costillas y cubriendo sólo los tres cuartos posteriores de la cavidad torácica, se perdia atrás insensiblemente, continuándose con la base del pericardio. Disecado con cuidado, se vió que en efecto era el diafragma, pues se continuaba con el resto del músculo, que se pudo seguir hasta sus pilares; el trabajo de ulceracion lo habia destruido en una gran extension de sus inserciones anteriores; la cavidad del absceso hepático y la torácica no hacian sino una sola. El lóbulo derecho del hígado habia sido en gran parte devorado, y en cuanto á la capa fibrosa que limitaba el foco, no era cosa extraña, pues es comun encontrarla en los antiguos abscesos del hígado."

Esta interesantísima observacion pinta perfectamente todas las vacilaciones, todos los obstáculos que parecen desafiar la sagacidad del práctico en algunas circunstancias; por ella se ve que es un tanto exagerada la proposicion de Frerichs cuando pretende [1] que las dificultades señaladas por algunos para distinguir la hepatítis de la pleuresía no existen "para quien posée alguna costumbre de la auscultacion y de la percusion." Al ménos, si se refiere tambien á la pleurítis purulenta, esto no es enteramente exacto.

Efectivamente, en el hecho de que me ocupo, v. gr., al principio unos datos hablaban en favor de la pleuresía con derrame purulento, y otros que abogaban por una supuracion hepática.

Teniamos en pró de la primera: un enfriamiento como causa, el dolor pungitivo en el costado, la tos, la dispnéa, y en

1 Enfermedades del hígado, página 393.

este fondo los signos físicos que indicaban la existencia de un derrame de pecho: que éste era purulento, lo hacian sospechar la duracion larga del mal, las calenturas y los sudores (que sólo habian desaparecido en los últimos dias), y acaso el edema señalado en las paredes del tórax. Si se admitiera exclusivamente este supuesto, el derrame habria desviado el corazon y rechazado hácia abajo la glándula hepática; en cuanto á los caractéres microscópicos del pus extraído, podia decirse que no son unívocos, pues fácilmente se comprende que si la pleuresía purulenta se hace tambien hemorrágica, es posible que el pus adquiera un aspecto análogo al del hepático. Este diagnóstico fué sostenido por el Sr. Carmona en una brillantísima leccion oral, aunque bien pronto la marcha de la enfermedad hizo que á su clara inteligencia no se ocultara la verdad.

Por otro lado, hablaba en favor de un absceso de hígado lo siguiente: habia precedido al desarrollo de la enfermedad la causa que habitualmente trae entre nosotros la hepatítis, despues de la cual vinieron los signos de una inflamacion aguda: en ese tiempo hubo ictericia y las orinas tomaron el color del azafran; poco despues notó que se le abultaba el vientre del lado derecho, abajo del reborde costal y posteriormente se encontró, allí, en el lado derecho y superior del vientre, un hinchamiento que se continuaba con el de la base del tórax, doloroso, pastoso y renitente; esa misma mitad del pecho estaba más dilatada inferior que superiormente: si el dolor no era gravativo, no ocupaba tampoco el punto pleurético ordinario, sino otro mucho más bajo, en el que la presion era muy dolorosa y en el que se percibia la fluctuacion perpendicular; cierto es que no habia dolor en el hombro, pero tambien es sabido que falta muy frecuentemente; por último (decia el alumno encargado del enfermo), aunque posible, difícilmente podrá simular un pus enrojecido por sangre, to-

dos los caractéres organolépticos del pus hepático, hasta el punto de serle idéntico y engañar á quien conoce bien este último.

Como se ve, razones poderosas hacian evidente la existencia de las dos enfermedades, de modo que una de dos: ó coincidian ambas ó se habia vaciado la coleccion del hígado en la pleura.

Mi condiscípulo el Sr. Otero se decidió por este último diagnóstico apoyándose, además de lo dicho, en estas razones: 1ª La puncion se habia hecho tan alto, que podia asegurarse que el pus obtenido se habia sacado de la pleura. 2ª Ese pus tenia todos los caractéres que hasta entónces se conocian al pus hepático. 3ª La objecion de más peso que se le hacia, diciendo que entre los conmemorativos no se hallaban los signos de pleuresía sobreaguda, que debieron necesaria y naturalmente existir cuando el pus se puso de pronto en contacto con la serosa, quedaba destruida por la observacion, por la fuerza de los hechos; pues Rouis citaba casos y daba áun como regla absoluta, que ☞ la llegada del pus en la pleura está léjos de determinar los signos que se podia suponer. Una molestia mediana de la respiracion, algunos dolores pungitivos, una tos contenida á médias, tales son, con la ausencia de murmullo vesicular, de vibraciones y de sonoridad sobre una extension progresivamente creciente de abajo arriba, los únicos fenómenos que se refieren al accidente. ☜ [1]

Resumiendo este punto, queda demostrada la existencia de una tercera forma en la que no existe ese período agudo y tormentoso (ó es tan ligero que pasa desapercibido), que anuncia en las otras el contacto de la sustancia irritante con un tejido delicado y rico en nervios. Si Rouis exageró al afirmar que esto era la regla, tiene el gran mérito de haberlo di-

1 Obra citada, página 141.

cho ántes que nádie. Más adelante me ocupo de los procedimientos empleados por la naturaleza para evitar á la pleura el choque que debia sufrir.

Quisiera poder exponer aquí la frecuencia relativa de las tres formas descritas, pero careciendo de datos suficientes, seria aventurado todo cálculo que hiciera; así por ejemplo, del primer tipo encontré citados solamente los dos hechos referidos, cuando quizá sea el más comun de todos; probablemente no se han publicado más, por estimarse de poco interés. Por otro lado, posible es que muchos casos de la forma insidiosa hayan pasado desapercibidos.

El hecho en cuestion es curioso por la circunstancia de que fué el orígen de un descubrimiento importante: una vez que no hubo duda sobre el diagnóstico, se preguntó el Dr. Carmona si el carácter encontrado en el pus visto al microscopio seria unívoco de la supuracion hepática, y los hechos recogidos despues le respondieron afirmativamente. En la Memoria citada ya, asegura el profesor de Clínica interna, que la *emulsion gránulo-grasosa conteniendo un número más ó ménos grande de leucocitos* es de tal manera distintiva, que habiéndola visto una sola vez no es fácil despues confundirla. Yo por mi parte puedo afirmar que siempre que he llevado al microscopio pus hepático, le he encontrado esos caractéres.

Es curioso además por su larga duracion: de todos los conocidos, es el que ha durado más. Rouis dá, como duracion média de los abscesos del hígado abiertos en la pleura, 100 dias y el que más le duró fué de 270 dias (observacion 7.ª); los hechos nuevamente conocidos modifican poco esta cifra.

Deseo se fije tambien la atencion (pues me importa para la apreciacion de las indicaciones operatorias), sobre el fenómeno señalado al final de la enfermedad: cuando el enfermo se sentaba, una vez fijado el límite superior de la macicez en la posicion supina, dicho límite ascendia; esta circunstancia

indicaba claramente que el pulmon atelectaciado no podia ya desenvolverse, por lo cual el líquido podia buscar su nivel natural como en una cavidad inerte.

En la última observacion, el pus hepático se derramó libremente en la cavidad de la pleura derecha: hé aquí otro, en que al contrario, el pus venido del hígado fué aislado por neo-membranas.

OBSERVACION 6ª

UN ABSCESO HEPATICO QUE HABIA PERFORADO UN ESPACIO INTERCOSTAL, ES TOMADO POR UN ABSCESO DE LAS PAREDES: SE TRATABA DE UNA COLECCION ABIERTA EN LA PLEURA Y ALLI ENQUISTADA.

Hace algun tiempo presencié lo que sigue en uno de los hospitales de la Capital. Un pobre viejo, de raza indígena, de constitucion deteriorada, demacrado en extremo, es trasladado de un servicio de medicina á otro de cirugía, por creerse que pertenece más bien á este último: se le suponia portador en el hipocondrio derecho de un absceso frio del tamaño de una pequeña nuez. Se le habia atendido por no sé qué afecciones del pecho y del vientre, que seguramente se creyeron enteramente independientes del citado absceso.

Sin hacer ningun exámen serio, se confia desde luego á un estudiante hacer la puncion del tumor: pero no habia salido aún el líquido, cuando ya el olor peculiar á los abscesos hepáticos reveló que se habia cometido un grave error y una ligereza imperdonable. En efecto, brotó en seguida por la incision una fuerte cantidad de pus grumoso y achocolatado, en completa desproporcion con el tamaño de la coleccion exterior; porque se trataba evidentemente de una supuracion de hígado, que perforando un espacio intercostal habia aparecido bajo la piel: una especie de absceso en boton de camisa, de Velpeau. Estudiando entónces con cuidado el caso, para explicarse la terrible equivocacion, no se obtuvo del enfermo ningun dato de valor sobre la causa, síntomas ó marcha de su afeccion: solamente sabia quejarse y decir que le habian hecho *mal de ojo.* Percutiendo la region hepática, se halló notablemente disminuida la área mate atrás y en la línea mamilar, pero hácia la axila la macicez *se levantaba un poco, formando una onda de convexidad*

superior: el límite inferior de la oscuridad estaba bien distante del reborde costal, y el pequeño absceso en cuestion estaba situado precisamente en ese límite inferior. La respiracion se oía en el vértice de la axila, por delante y atrás en toda la altura. *No habia fiebre:* tan profundo era el desaliento del enfermo, que sólo deseaba se le dejara en paz.

Se canalizó el foco, notándose al hacerlo que la cavidad era bien amplia y se extendia principalmente hácia arriba. Poco despues se entabló una diarrea profusa que acabó con la poca vida que restaba al desgraciado.

En el cadáver se encontró que el hígado habia girado alrededor de su eje trasversal; que algunas asas intestinales, adheridas por falsas membranas, se habian colocado delante de él é hicieron que durante la vida pareciera pequeño, cuando tenia casi su volúmen natural: en ciertos lugares aislados estaba endurecido y amarillento, presentando en una palabra los caractéres de la hepatítis intersticial. En la convexidad del órgano, cerca de su extremidad derecha, habia una coleccion purulenta de reducidas dimensiones, que destruyendo las inserciones externas del diafragma, habia pasado al tórax y habia sido allí perfectamente enquistada. El pulmon derecho estaba adherido por su base, y así, fijo al diafragma, habia sido rechazado un poco hácia adentro para formar la pared interna de la coleccion, que estaba forrada de falsas membranas. En la externa el trabajo destructor, perforando en cierta extension la pleura parietal y los músculos, habia despegado el tegumento externo y deslizádose bajo de él.

Además del enquistamiento del pus en la pleura, y de la enseñanza que el caso entraña de no proceder nunca ligeramente en cuestiones médicas, hallo dignos de señalar los puntos siguientes:

1º La área mate del hígado no estaba aumentada: la posibilidad de esta circunstancia, que puede tener su interés, habia sido ya señalada especialmente por Murchison.[1]

2º La supuracion se desarrolló en un hígado cirrótico sobre cuyo hecho no se ha llamado todavía suficientemente la atencion de los observadores. Parece que una nueva irritacion agregada á la ya existente, espolea el trabajo de proliferacion característico de la hepatítis intersticial; dicho proceso se exa-

1 Lecciones clínicas sobre las enfermedades del hígado, página 189.

gera entónces inopinadamente en puntos aislados, de tal manera, que las celdillas se multiplican con rapidez, no tienen tiempo de llegar al estado adulto y se forma pus. He visto algunos hechos semejantes, entre otros alguno en que un hígado enorme encerraba abscesos múltiples (no piohémicos); detalle que apoya hasta cierto punto mi manera de explicar la generacion del pus en esos casos.

3.º Durante el tiempo que se le observó, el individuo estuvo en la apirexia; particularidad curiosísima y difícil por cierto de explicar. Habia llamado tanto la atencion del Dr. Miguel Jiménez ver enfermos sin fiebre, padeciendo de una enfermedad tan grave y quizá avanzada, entregados á sus ocupaciones habituales y quejándose únicamente de una incomodidad á su juicio muy ligera, que regularmente por esto escribia, hablando de las causas:

"Ciertos hechos en que la supuracion ha seguido casi inmediatamente á la causa repetida (una indigestion grave), sin los síntomas de hepatítis bien caracterizados, hacen dudar á veces de la intervencion necesaria de ésta como fenómeno de encadenamiento; y excitan la sospecha de que los materiales mismos indigestos, llevados al hígado por el sistema de la vena porta, en cantidad y condiciones impropias para las funciones de la glándula, determinan la supuracion, sin que deje percibirse la flogósis intermedia, á lo ménos con el aparato de síntomas que estamos acostumbrados á referirle."

El autor inglés mencionado arriba cita tambien observaciones análogas, y agrega que se veria uno tentado á admitir, como explicacion, que el proceso morboso tiene por resultado destruir un órgano que contribuye en parte á mantener el calor animal, si no supiéramos que la temperatura es elevada en la mayor parte de los abscesos voluminosos del hígado. En ciertos casos, como el nuestro, debe sin duda influir el aislamiento del pus del resto de la economía.

4.º En la observacion 5.ª el pus, despues de vaciado en la pleura, buscó la salida más favorable para la curacion: el ár-

bol aéreo; en ésta, se practicó una igualmente muy propicia. Insisto en ello, porque pienso que en estos casos debemos imitar los procedimientos de la naturaleza.

Otras ocasiones pasan ambas cosas; la supuracion, despues de haberse abierto por los bronquios, tiende á perforar un espacio intercostal, como sucedió en la siguiente:

OBSERVACION 7ª

(Extractada de la XXX de Rouis).*

R.... zuavo, de 24 años, entra al hospital en 24 de Mayo de 1856; su temperamento es nervioso sanguíneo, su constitucion está deteriorada. Ya en otra época anterior padeció un dolor pungitivo en el hipocondrio derecho, con calentura. Sus males actuales vienen desde Noviembre de 55. Señala la observacion los síntomas suficientes para caracterizar una supuracion de hígado y la presencia de un líquido en la pleura derecha. La enfermedad sigue su marcha, y nueve dias despues de la entrada del enfermo al establecimiento, los dolores del hipocondrio adquieren una vivacidad intolerable y se propagan al seno; hay un sentimiento agobiador de opresion, ortopnéa. A las pocas horas expectora una gran cantidad de materias análogas al chocolate con leche, y viene una mejoría notable.

Al otro dia la cantidad de materias expulsadas sube á 250 gramos; en los subsecuentes, por espacio de 8 dias, es de 100 á 150 cuando ménos.

El 1º de Julio disminuye la expectoracion; aparece un ligero edema en la parte baja de la axila derecha. Despues, el punto edematoso se circunscribe en un tumor renitente, que en seguida se acumina.

El paciente muere el 11; su enfermedad duró 7 meses.

Autopsía.—Los dos tercios inferiores del absceso estaban formados á expensas del hígado; el tercio superior á expensas de la base del pulmon correspondiente, la cual estaba adherida por falsas membranas á los restos del diafragma y á las paredes costales; la porcion intermedia de aquel habia desaparecido completamente. El punto por donde la supuracion iba á abrirse

* Ruego se me disimule el consignar en este cuaderno todas las observaciones que poseo; pero lo hago (á riesgo de ser más fastidioso y cansado), con la mira de que personas más capaces de dilucidar el asunto, encuentren ya reunido lo que á él se refiere.

un camino á través de la pared costal, correspondia á la porcion média del 5º espacio: admitia el dedo meñique. En esta observacion, encuentro además los siguientes detalles notables: "Allí en donde el foco está circunscrito por la sustancia hepática, se le ve tapizado por una produccion piogénica blanca; esta membrana se disocia por su superficie libre en anchas franjas vellosas, miéntras que, profundamente, se continúa con el elemento interlobulillar del parenquima por medio de una red fibrosa muy apretada. Las franjas vellosas de que hablamos son blandas y desmenuzables. En su composicion entran: a) una especie de esqueleto fibroso; b) una pseudomembrana sero-celulosa que gruesa de 1 milímetro en su base, se adelgaza progresivamente á medida que se aproxima á sus divisiones terminales."

"En donde el foco está circunscrito por el pulmon, sus paredes están asimismo erizadas de franjas, solamente que éstas poseen un desarrollo más considerable; además, sus vellosidades se muestran más cortas y más raras. El eje de estas nuevas franjas está constituido por finas divisiones obliteradas de la arteria pulmonar, de las venas pulmonares y de los bronquios."

He querido citar de este ejemplo una particularidad anatómica sobre la que Rouis insiste mucho, porque la creo interesante y poco conocida. Segun este autor, las vellosidades y las prolongaciones membraniformes que se ven flotar á veces en la cavidad del foco, encierran divisiones impermeables de la vena porta, de la arteria hepática y de los conductos biliares. En el caso actual, cosa semejante se observó en las franjas constituidas por los restos del pulmon.

A nuestros prácticos toca averiguar la realidad de todo esto.

Pasemos á otro asunto.

¿Cuál es el mecanismo empleado por la naturaleza para evitar ó minorar á la pleura la terrible inflamacion que debia sufrir? La única explicacion que los hechos apoyan es la siguiente: Propagándose la flegmasía á los órganos del pecho, viene una pleurítis que en lugar de ser adhesiva trae la produccion de un exudado líquido. El mal continúa su trabajo destructor; despues de haber devorado la convexidad de la glándula hepática, traspasa sus límites y ulcera *lentamente* el diafragma;

de este modo la supuracion llega gota á gota á la cavidad de la pleura, cuyas dos hojas encuentra separadas por el derrame, y se mezcla poco á poco con éste. Esta mezcla lenta del pus con un líquido inocente, permite que la pleura acabe por acostumbrarse á su contacto. Además, pueden producirse neo-membranas, que ó bien enquistan el derrame purulento, ó forran la superfiicie interna de la pleura y contribuyen á hacerla ménos susceptible.

La verdad de estas aserciones se ve demostrada en los tres siguientes casos:[1] en ellos se sorprende el fenómeno en su principio y en sus diversos grados.

OBSERVACION 8ª

Un hombre de 32 años entra al Hospital de Oran el 19 de Noviembre de 55, y ocupa un lecho en el servicio del Dr. Rodes, médico mayor. Su temperamento es nervioso linfático, su constitucion buena; residia en Argélia hacia seis años. Hace dos meses y medio que comenzó su enfermedad con un flujo de disenteria atónica, seguida de una fiebre remitente irregular, que resistió á la quinina. Sobreviene un dolor pungitivo en los últimos espacios intercostales del flanco derecho y se desarrollan todos los síntomas de una supuracion del hígado. El enfermo muere agotado; habia durado su mal tres meses y medio.

AUTOPSÍA.—La cavidad pleural derecha es el sitio de un derrame considerable *de pus y de serosidad.* El pulmon que encierra está rechazado sobre sí mismo; huellas de engurgitamiento incipiente y de edema se observan en la base de este órgano. Inyectada, engrosada, opaca, la pleura está cubierta en todas partes de una capa pseudo-membranosa. En la parte superior de la mitad derecha de la bóveda del diafragma existe una *fisura, susceptible de dejar pasar una pluma de ave,* fisura que pone la cavidad pleural vecina en comunicacion con un vasto absceso del hígado.

1 Son las observaciones 27ª, 28ª y 29ª, de Rouis, reducidas: página 383 y siguientes.

OBSERVACION 9ª

Un militar que habia poseído una constitucion de las más robustas, sucumbe víctima de la supuracion de su hígado, despues de sufrir unos tres meses. En el cadáver se ve que la aponeurósis frénica presenta una abertura de un centímetro de ancho, que hace comunicar un absceso hepático con la cavidad pleural, que *"encierra dos litros de serosidad, de pus blanco y de pus chocolate."*

OBSERVACION 10ª

D...... albañil, de 40 años, constitucion robusta, entra al Hospital de Blidah el 7 de Agosto de 50 con un absceso de hígado vaciado en la pleura, y muere á los tres dias: su enfermedad habia comenzado el mes de Junio anterior. De los detalles de su autopsía, tomo éstos: "El absceso hepático comunica por una ancha perforacion del diafragma con otro situado en la cavidad torácica derecha. Comprendido entre la pared costal, el músculo precedente y el pulmon, este segundo absceso encierra 200 gramos de líquido. Está circunscrito por una zona de adherencias fibrosas, afuera de las cuales flota libremente en el saco pleural medio litro de serosidad citrina."

Finalmente: hé aquí un último hecho que me fué señalado por el Dr. Otero, y que segun dije, completa á mi modo de ver el estudio de los abscesos hepáticos abiertos en la pleura, pues demuestra que su curacion es posible en ciertas condiciones, é interviniendo á tiempo convenientemente.

OBSERVACION 11ª

UN ABSCESO DE HIGADO SE VACIA EN LA CAVIDAD DE LA PLEURA DERECHA Y ALLI ES CIRCUNSCRITO POR FALSAS MEMBRANAS; POSTERIORMENTE SE ABRE TAMBIEN EN LOS BRONQUIOS.—SE HACE PRIMERO UNA PUNCION SIMPLE Y SE CANALIZA DESPUES EL FOCO.—CURACION.

Estéban Aguilar, natural de San Luis Potosí, casado, de 30 años de edad, es un hombre de una excelente constitucion, que presta sus servicios como barbero en la 3ª Brigada de Artilleros, estacionada en Tacubaya hace algun tiempo.

A fines de Enero del presente año fué visitado por el Sr. Otero en su calidad de Médico militar, pues le tenia postrado en el lecho una enfermedad que databa de Noviembre del año pasado. Referia él que á principios de este último mes sufrió un enfriamiento: despues de una revista, llegó á su casa sudando y se despojó de sus ropas sin precaucion ninguna; inmediatamente se le fijó *un dolor en la espaldilla derecha*, en seguida le vino un calofrío muy fuerte, luego calentura y tos seca. *Se puso amarillo de la cara y de los ojos y sus orinas tuvieron tambien por ese tiempo el mismo color.* Aunque ha abusado de los espiritosos (pulque y aguardiente), negó redondamente haber cometido exceso en esos dias. Combatieron su mal con sinapismos, purgas y otras medicinas. Permaneció más de 15 dias en la cama, y no obstante estar aún enfermo, se vió obligado á levantarse para trabajar: entónces le atacó otro dolor punzante en el costado derecho y volvieron de nuevo la calentura, los calofríos y la tos. Así estuvo con alternativas de mejoría y recaída, hasta la fecha citada arriba, en que sus males se habian empeorado.

El aspecto del enfermo era el de un individuo robusto, cuyo organismo comenzaba á decaer minado por alguna afeccion grave: en su moreno rostro se notaba un fondo de color amarillento especial; de cuando en cuando una tosecilla casi seca le obligaba á incorporarse y á dejar la posicion supina, que era para él la más comoda; los escasos esputos que arrojaba eran enteramente catarrales, y con la tos aumentaba el dolor del costado. Su piel quemaba, su pulso era muy frecuente, duro y vibrante; el termómetro, puesto en la axila, marcó 40°2.

La área hepática estaba algo aumentada en las líneas mamaria y axilar, de modo que *el borde anterior de la glándula desbordaba un poco las falsas costillas, siendo allí la presion bastante dolorosa.* Insistiendo en el interrogatorio, se obtuvo que el paciente señalara *una molesta sensacion como de peso en el hombro.*

Percutiendo la parte posterior se encontró en el lado derecho una zona oscura que se extendia desde el ángulo del omoplato hasta el límite superior de la macicez yecoral, continuándose abajo insensiblemente con esta última.

En esa region de sub-macicez las vibraciones estaban algo disminuidas, la respiracion era débil y existian estertores mucosos finos. En el resto del tórax no se notó nada particular. No existia hipo; habia costipacion.

Por la etiología de la enfermedad podia sospecharse una afeccion de tórax; pero atendiendo á ese dolor en el hombro que despues se cambió en molesta sensacion de peso, á esa coloracion ictérica que hubo al principio en la orina y en los tegumentos, y fijando la atencion en el crecimiento de volúmen del hígado, en el vivo dolor que la presion despertaba ó que era

exacerbado por los movimientos expiratorios bruscos, dolor situado mucho más abajo que el punto pleurético ordinario; todo esto con una temperatura elevada y en un individuo afecto á los licores; atendiendo á este conjunto de circunstancias, digo, se llegó á fijar el diagnóstico de hepatítis aguda con tendencia á terminar por supuracion, si no habia supurado ya.

Conforme á esta idea, se prescribió el calomel á dosis purgante unido al polvo de raíz de Jalapa, aplicando al hipocondrio una fuerte embrocacion de yodo.

Desde ese primer exámen quedó la duda sobre lo que pasaba en el tórax. ¿Predominaba la flegmasía en la convexidad del hígado y la flogósis tendia á propagarse á los órganos torácicos, de modo que el pulmon estaba ya congestionado? ¿Existia otra afeccion de pecho independiente que se desarrollaba al par que la hepatítis? O bien, por último, ¿hubo realmente una enfermedad torácica y teniamos á la vista los restos de ella? No se resolvió por de pronto esta importante cuestion, llenando desde luego la indicacion más apremiante.

El colagogo obró muy bien; al siguiente dia la tos era ménos molesta, el dolor espontáneo del costado habia mejorado notablemente, el hígado se habia retraído, la presion en el reborde costal casi no despertaba dolor, y no habia fiebre absolutamente, pues el termómetro indicó la normal; los síntomas señalados por parte del tórax persistian, aunque tambien disminuidos. Se prescribió el protocloruro de mercurio á dósis refracta mezclado á los polvos de Dower, y un amplio vejigatorio al hipocondrio, que no llegó á ponerse.

La enfermedad, que habia sido contenida un instante en su marcha invasora, volvió al ataque en los siguientes dias: reaparecieron con fuerza la calentura, el dolor en la mitad inferior del hipocondrio derecho, aquella pequeña tos medio contenida, y se anunciaron los calofríos y los sudores.

Entretanto el hígado no volvió á crecer, pero en cambio se produjo *un notable edema subcutáneo* en la mitad derecha de la base del tórax, la medicion enseñó que ésta era notablemente mas amplia que la izquierda; los espacios intercostales se agrandaron, y se encontró la fluctuacion perpendicular en el 9º y en el 10º espacio intercostal.

Además, la zona oscura que por la parte posterior prolongaba hácia arriba la macicez hepática, *se cambió en verdadera macicez*, subiendo hasta la mitad de la altura del omoplato; en esa region las vibraciones de la voz no llegaban hasta la mano que palpaba y no se oía la respiracion. En suma, era indudable que el hígado se habia supurado, y evidente la existencia de un derrame en el pecho.

Entónces vino de nuevo á la mente la pregunta anterior, formulada de este modo: ¿existia desde ántes una pleuresía cuyo producto aumentaba rápidamente, ó bien se estaba presenciando el paso á la cavidad pleural de una coleccion purulenta del hígado, prévia pleurítis exudativa?

Arreglado ya su pase al hospital, poco tiempo ántes de partir le atacó un violentísimo y doloroso acceso de tos, arrojando en abundancia por la boca un pus rojizo, pus que no tenia precisamente el color del champurrado, sino que presentaba un tinte más claro y encendido; los caractéres en fin que tiene á veces cuando se abre por los bronquios.

Aunque en el parte remitido al Hospital Militar se expresaba la vehemente sospecha de que podia existir una estrecha relacion entre los esputos, el derrame líquido de la pleura y el absceso hepático, se puso todavía en el diagnóstico un punto de interrogacion. En mi concepto habia razon para ello, porque si era inconcuso que pus hepático habia pasado á los bronquios, no estaba enteramente claro que viniera además de la pleura, suponiendo que el absceso se hubiera abierto primero en la cavidad de ésta y luégo en el árbol aéreo. Podian hacerse en efecto, además de éste, otros varios supuestos: *a.*—Habia dos abscesos en el hígado, uno vaciado en la pleura y otro en los bronquios; *b.* existia una pleuresía con exudado líquido (hipótesis que podia apoyarse en algunos datos anamnésticos que el paciente daba), con una hepatítis supurada cuyo producto hizo irrupcion en los bronquios; *c.* ó bien por último, se trataba simplemente de una vómica pleural: la pleuresía se habia hecho supurativa y hemorrágica, y la mezcla del pus con la sangre daba á los esputos el aspecto citado. En cuanto al descenso del hígado y demás síntomas que existieron al principio, no seria difícil dar la explicacion en ese último supuesto.

Pero el juicio se inclinó en favor del absceso de hígado abierto en la pleura y despues en los bronquios, porque además de que la apreciacion rigorosa de los síntomas y de la marcha de la enfermedad llevaban á ello, se notó que despues de la expulsion del líquido purulento, *cambiaba ligeramente con las variaciones de postura, el nivel de la macicez citada en la region posterior y derecha del pecho.* Por otro lado, se conocia ya el hecho citado en la observacion 5ª, y se le encontraba analogía con éste.

Llevado al Hospital de San Lúcas, fué colocado en la cama núm. 22 de la 2ª sala de Medicina, servicio del Dr. Macías. Allí (el 5) se ratifica lo dicho y se halla además que la macicez del tórax por la parte posterior llega casi hasta la mitad de la altura del escápulo, *pero que baja en la línea axilar bruscamente*, para ascender otra vez ligeramente por delante: se auscultó tambien un soplo suave en el espacio comprendido entre la columna verte-

bral y el borde espinal del omoplato; y haciendo hablar al enfermo tanto en secreto como en voz alta, ésta era resonante, articulada y casi cavernosa, en la parte externa de la oscuridad, ya casi en la línea axilar. Por la parte anterior la respiracion se oía bien, pero debilitada. El hígado ya no desbordaba las últimas costillas.

Empleando el aspirador, practicó inmediatamente el Dr. Macías una puncion en el 9º espacio intercostal, cerca de la línea axilar, extrayendo así 620 gramos de un pus achocolatado, con los caractéres microscópicos señalados en otra parte (emulsion granular).

Como por encanto se apaciguaron los sufrimientos de nuestro enfermo, aunque en los signos físicos no se observó cambio notable, sino pasado algun tiempo.

Prescripcion: ungüento napolitano con belladona al vientre y yoduro de potasio al interior, que con cortas interrupciones se siguió administrando en lo sucesivo; dieta láctea. (De una vez diré que la alimentacion fué aumentándose despues prudentemente, pero con cierta rapidez, pues la indicacion era sostener las fuerzas.)

En los dias subsecuentes persistieron todavía, aunque ménos intensos, las calenturitas, el dolor, la tos y los sudores; en cambio, el pus de la expectoracion disminuía poco á poco. Entretanto se observó que el abultamiento de la base del tórax fué haciéndose cada vez más notable: esa exagerada elevacion era de forma globulosa, y pasando la mano de arriba abajo en el costado derecho, *se sentia el marcado contraste que hacian las costillas inferiores con las superiores, al levantarse bruscamente sobre su nivel.*

El dia 14 se hizo una incision con una lanceta cerca del sitio del anterior piquete, é introduciendo despues un trócar simple, se dejó á permanencia un tubo de canalizacion: salieron entónces 260 gramos de pus. El foco se habia pues reducido notablemente, puesto que esta cantidad correspondia á una esfera de 67 milímetros de diámetro, y el pus de la primera extraccion á otra que tuviera 106 milímetros.[1]

El que expectoraba siguió disminuyendo, y ocho dias despues de la segunda toracentésis casi no habia nada en la escupidera; pero como á pesar de esto la tos le molestaba bastante, se combatió convenientemente este síntoma.

Se vió tambien por ese tiempo otra cosa digna de consignarse: al quitar la curacion, *el aire entraba y salia libremente por la herida*, cuando el enfer-

1 Para este cálculo he supuesto que un gramo de pus hepático equivalia á un centímetro cúbico.

mo respiraba. Esta circunstancia decidió en favor del diagnóstico citado, á todas las personas no convencidas todavía por los datos suministrados en las punciones: la sonda penetraba realmente en la coleccion pleural, puesto que sucedia cosa idéntica con lo que pasa en las heridas penetrantes de pecho.

Entretanto la macicez en éste fué reduciéndose poco á poco, el pulmon se desenvolvió lentamente, la voz perdió su carácter cavernoso, y como la cantidad de pus que salia por el tubo era mínima y se habia hecho flegmonoso, se extrajo aquel el dia 20 de Marzo. Ya entónces la fiebre habia desaparecido casi del todo, sólo de cuando en cuando habia subido la temperatura hasta 38° ó poco más, principalmente en las tardes: anteriormente habia aparecido tambien alguna diarrea, que cedió á los absorbentes.—Más tarde se procuró vigorizar al enfermo recurriendo á la hidroterapía.

Por fin, se le dió de alta el dia 4 de Abril: llevaba todavía una fístula por la cual salia un pus laudable que parecia provenir de las paredes únicamente, y conservaba tambien una sub-macicez á la percusion, debida probablemente á un engrosamiento de la pleura.

Diez y ocho dias despues de su salida del hospital le vuelvo á ver: me refiere entónces que hay de cuando en cuando calenturas y dolorcitos molestos en el hipocondrio; la fístula que cerró á los pocos dias de su salida del hospital, se habia vuelto á abrir ese dia, dando como 4 onzas de materia. Referia que de tarde en tarde le sabe todavía la boca mal y áun arroja cortas cantidades de pus mezclado con sangre; tiene una tosecilla rara y seca. Por la percusion hallo el límite superior de la macicez hepática en el 7º espacio intercostal, el inferior un poco arriba del reborde costal; las vibraciones torácicas están casi iguales de uno y otro lado, la respiracion un poco más débil en el derecho, la voz resuena más allí y se oyen mejor los ruidos cardíacos á través de este pulmon que del otro. Se perciben pequeños estertores húmedos: Aguilar ha engordado notablemente.

Finalmente, le vi por última vez el 18 del próximo pasado Junio, encontrando que la fístula habia cerrado de nuevo, que la respiracion en el lado enfermo se habia limpiado, aunque siempre se conservaba débil: vi un esputo, y ya no me pareció purulento. Las costillas se habian aproximado unas á otras, enseñando la medida que la mitad derecha del pecho era centímetro y medio *ménos amplia* que la izquierda. Habia aún alguna molestia ligera en el hipocondrio, pero se entregaba ya con toda libertad á sus faenas, habiendo desaparecido casi del todo la calentura y los sudores.

Posteriormente supe por el Sr. Otero que la curacion se afirma cada dia más.

Comparémos la anterior historia clínica con la que lleva el número 5.

a.—Entre los anamnésticos de ambas, se encuentra un enfriamiento por motivo aparente de la enfermedad; y difieren una de otra en que en la 11ª faltó alguno de los antecedentes que habitualmente preceden en nuestro clima á la supuracion hepática, miéntras que en la 5ª existió el más comun de todos: un grave trastorno de las vías digestivas.

Insisto en ello, porque en los dos casos aquel dato contribuyó poderosamente á hacer vacilar el diagnóstico.

Permítaseme que me detenga un instante más sobre la etiología, ya que incidentalmente he tocado este punto. A los autores de ultramar llama mucho la atencion el que nuestros médicos invoquen tan frecuentemente la mencionada causa, para explicar la generacion de un absceso hepático. Los que practican en los países cálidos, hacen mérito del enrarecimiento del aire en esas comarcas, que tiene, entre varias consecuencias, hacer imperfecta la nutricion de ciertos tejidos, del hepático entre otros, los cuales se cargan de productos de desasimilacion; si viene despues una nueva causa á exagerar la congestion que existe en los órganos abdominales, puede llegar á tal extremo la del hígado, que se inflame y se supure.[1] Así obraria, á título de simple causa ocasional, una indigestion y la disenteria segun algunos; aunque otros (Castro por ejemplo entre los modernos), dan á la última un papel más principal. Pero, recientemente, Murchison ha demostrado que por lo comun no hay relacion de causa á efecto, sino simples coincidencias, entre la disenteria y los abscesos que él impropiamente llama tropicales.[2]

1 Es de deplorarse la falta de un estudio comparativo de las supuraciones del hígado, en los diferentes países; estudio que seria muy interesante, pues de él se deducirian quizá la patogenia y algunas consecuencias prácticas.

2 Obra citada, página 184 y siguientes.

En nuestro último enfermo, acaso las fatigas de la revista que mencionaba, aunque ligeras, bastaron para ocasionar la inflamacion de un órgano ya predispuesto de antemano.

b.—La molesta sensacion de peso en el hombro que acusaba el paciente, fué de grande utilidad en el último caso para determinar la existencia de una hepatítis. Digno es de notarse que á veces es tan ligero dicho síntoma, que el enfermo se fija en él apénas, y sólo un minucioso interrogatorio puede descubrirlo. Sabido es que si su presencia tiene importancia, puede faltar (como en la observacion 5ª) y su ausencia carece de valor.

c.—Posible es que en Manuel Carreon haya habido primero coincidencia de un derrame de pecho con un absceso hepático; mas en el hecho de Aguilar evidentemente se presenció la propagacion de la flegmasía del hígado á la pleura, la produccion en ella de un derrame y la mezcla lenta de éste con el pus hepático. Digo que indudablemente fué así, porque despues se ha sabido por el Dr. Alberto Cervántes (quien atendió al principio á dicho enfermo) que se trató entónces de una congestion del hígado y que no habia absolutamente nada en el tórax.

d.—Si se hubiera poseído ese dato, acaso se hubiera fijado el juicio desde los primeros dias; no obstante, debo hacer observar que sólo se tuvo plena seguridad sobre el diagnóstico, hasta despues de haber hecho la toracentésis.

e.—Las dos observaciones señalan con insistencia otros dos signos: un extenso edema que se desarrolló en la mitad derecha del tórax, cuando el absceso estaba ya abierto en la pleura, y el notable contraste que hacia la base de aquella con el resto del pecho.

f.—Claro es que la robustez del artillero ayudó mucho á la curacion; pero como esta circunstancia existió tambien en la mayor parte de los otros hechos, creo poder atribuir el ex-

traordinario éxito obtenido al enquistamiento del derrame y á la oportunidad y acertada direccion que se dió á la terapéutica.

Es el primer caso, registrado en los anales de la ciencia, de curacion de un absceso hepático abierto en la pleura: al ménos, no se me ha podido informar de otro, y no encuentro ninguno citado ni en los autores, ni en los periódicos científicos que he consultado. Fueron desgraciados, tanto los 11 casos observados por Rouis, como los 5 mencionados por Castro y los otros 5 que agrego en este trabajo, y otro más del Sr. Jiménez.

Esta horrible proporcion (una curacion y veintidos muertos) me evita insistir sobre el pronóstico.

II.

Una vez que ya se tiene una idea de las diferentes maneras cómo la enfermedad puede presentarse, voy á procurar establecer el diagnóstico; basándome principalmente en los datos que suministra el anterior capítulo.

El problema se divide naturalmente en tres distintas cuestiones:

1ª Descubrir la existencia del absceso de hígado.

2ª Cuando la supuracion ha invadido la convexidad de la glándula, averiguar si tiene tendencia á vaciarse en el tórax.

3ª Determinar que el pus ha hecho irrupcion en la pleura.

Como la última es el motivo principal de estos apuntes, y sólo la segunda se relaciona con ella íntimamente, creo no de-

ber ocuparme sino de ambas; pues con respecto á la primera, es probable que yo no haria sino copiar algo de lo mucho bueno escrito sobre la materia.

A.

AVERIGUAR SI LA SUPURACION ESTA EN LA CONVEXIDAD DE LA GLANDULA Y SI TIENE TENDENCIA A ROMPERSE EN EL PECHO.

Muchos signos han dado los autores para determinar el sitio del hígado ocupado por el absceso: si está en el lóbulo izquierdo ó en el derecho, en la convexidad, en el centro, ó en la concavidad del órgano. Desde luego casi siempre es posible resolver cuál de los dos lóbulos está afectado; pero fijándome únicamente en los caractéres asignados á los que están en la parte culminante, recordaré las principales opiniones.

Unos dicen que: si la inflamacion tiene su asiento en la cara convexa, se notan síntomas análogos á los de la pleuresía; pero si ocupa la superficie cóncava, se verán surgir más bien accidentes por parte del estómago.

Otros pretenden que la flegmasía de la porcion convexa simula á menudo la pleuro-neumonía, en razon de la molestia que experimenta la respiracion y del dolor en el costado correspondiente: dolor agudo, punzante, que exacerban la tos y las inspiraciones.

Annesley afirmaba que los síntomas propios á la cara convexa del hígado difieren totalmente de los que determina la inflamacion de las otras partes. El dolor es más agudo: lancinante, pungitivo, se exaspera por la tos, por la presion, lo que lo hace parecido al punto pleurético. Además, se acompañaria de una tumefaccion sensible del hipocondrio. Y algunos añaden, como característica, su propagacion al tórax, al cuello, á la region clavicular y al hombro correspondiente; ex-

tendiéndose á veces, á semejanza de la angina de pecho, hasta la sangradera y los dos últimos dedos de la mano derecha.

Para otros, el dolor en los abscesos de la superficie convexa es más superficial, habria hipo y tos seca; el decúbito sobre el lado derecho seria más doloroso que el del izquierdo, y la icteria faltaria más á menudo: síntomas inversos se observarian en los abscesos de la concavidad.

En las anteriores opiniones vemos figurar en primera línea los caractéres del dolor; pero, entre nosotros, el Sr. Carmona y Valle da al de hombro un valor todavía más grande. En su concepto, para que ese dolor pueda existir, *es preciso* que el padecimiento ocupe la superficie convexa de la glándula ó un lugar situado muy cerca de ella, pues de otro modo no puede explicarse su produccion; puesto que se le hace depender de la excitacion, ó más bien de la inflamacion de los filetes terminales del frénico, y las irradiaciones se explican por las anastomósis que sus raíces tienen con las de los nervios del miembro superior y del cuello. Para el sabio profesor de clínica interna, en los casos en que se observe, hay derecho de suponer que el absceso *camina hácia los brónquios.*

Entre los signos mencionados hay algunos que tienen verdadera importancia, pero tambien hay muchos que no tienen ninguna; más todavía: quien se fiara demasiado en los primeros, se expondria á cometer frecuentes equivocaciones. Efectivamente, los casos individuales desobedecen repetidas veces dichas reglas generales: apelo al recuerdo de las personas que han observado la hepatítis supurada en grande escala, y pronto vendrán á su memoria hechos en que faltaron los signos que tenian por característicos de los abscesos de la convexidad. Para citar un solo ejemplo, haré notar que en la historia clínica señalada con el número 5 (observada tambien por el mismo Sr. Carmona), la supuracion devoró la parte alta de la glándula, el diafragma fué destruido en una inmensa ex-

tension, el pus se vació en el árbol aéreo y jamás hubo dolor en el hombro. Sin embargo, este dolor es uno de los mejores datos.

De aquí deduzco que ninguno de ellos tiene un valor absoluto, que solamente por la marcha de la enfermedad y la reunion de varios síntomas puede determinarse el lugar que ocupa la coleccion purulenta.

En resúmen, tomando de las opiniones citadas lo que coincide con lo escrito por nuestras autoridades médicas y con lo que yo mismo he visto, diré que en la mayoría de los enfermos afectados de un absceso en la convexidad de su hígado ó próximo á ella, el órgano crece más hácia arriba que inferiormente: si el aumento de volúmen es tambien notable, en el último sentido, por lo ménos no es menor el de la superficie convexa. Son precoces y exagerados los fenómenos de excitacion en los órganos torácicos, de modo que á veces se duda si se trata de una hepatítis de la convexidad ó de la irritacion ocasionada por ella, de la pleura y del pulmon. A veces hay un dolor pungitivo en el costado izquierdo que simula bien el de la pleuresía, pero está en un sitio más posterior y más bajo que el de ésta: quizá este dolor es más vivo que cuando la flegmasía ocupa el centro del parenquima. Casi siempre existe el dolor en el muñon del hombro correspondiente, en la espaldilla ó en el borde superior del trapecio: no en todos los casos es muy agudo, pues suele consistir en una simple sensacion de réuma ó de peso que llama tan poco la atencion del paciente, que verdaderamente es preciso descubrirlo. Los padecimientos son exacerbados por las inspiraciones un poco profundas, por una tosecilla tenaz que molesta mucho al enfermo, por la conmocion de la base del tórax, producida dando en ésta un golpe brusco y seco con toda la mano; entónces viene una verdadera ortopnéa y una horrible angustia: accidentes probablemente más notables que en los otros

casos, porque en éstos llega á su máximo la compresion y la molestia que ejerce sobre el diafragma la convexidad aumentada del hígado. Parece que el hipo es ménos raro y la dispnéa más marcada.

No creo se pueda sacar ningun partido de la existencia ó ausencia de la ictericia, y carezco de experiencia para decidir si los cambios de postura servirán para nuestro objeto, como han opinado algunos. Los otros síntomas generales son iguales, sea cual fuere el lugar ocupado por la supuracion y digan lo que quieran ciertos autores. En cuanto á los signos físicos, si la flegmasía comienza á franquear las fronteras del hígado, al percutir se obtiene un sonido oscuro en las partes inferiores de la caja torácica; palpando, las vibraciones disminuidas, y auscultando, se oyen estertores mal caracterizados.

Hay un signo al que doy mucha importancia, señalado muy particularmente en alguna de las observaciones referidas: el nivel superior de la macicez hepática suele hacer una ondulacion de convexidad superior, ántes de que la supuracion pase á la cavidad del tórax.

Hasta aquí sólo puede afirmarse esto último: *que el absceso camina hácia el pecho.* El estudio de la manera como se desenvuelven ulteriormente los síntomas, enseñará si el pulmon ha sido víctima del trabajo ulcerativo ó si el absceso se ha vaciado en la cavidad de la serosa pleural.

En el primer caso, los síntomas de la inflamacion pulmonar se marcarán más y más, acabando la escena por la expulsion repentina del pus á la manera de una vómica.

El otro, hace precisamente el asunto de la segunda cuestion.

B.

AVERIGUAR SI EL ABSCESO HA HECHO IRRUPCION EN LA PLEURA.

No hay absolutamente dificultad alguna para establecer el diagnóstico, en los casos comprendidos en las dos primeras formas que he descrito; pues no dan lugar á dudas los espantosos signos de pleuresía sobreaguda que se desarrollan, coincidiendo con una súbita diminucion del volúmen del hígado.

Pero no sucede lo mismo por cierto en la tercera forma: se ha visto que en ella los síntomas siguen una marcha insidiosa, y que el pus se derrama en la pleura de una manera embozada. Pueden presentarse dos casos: ó se sorprende el accidente desde un principio, asistiendo al paso lento del pus en la cavidad de la serosa, ó bien el enfermo llega á manos del observador cuando ya se ha verificado el fenómeno.

Si en el primer evento seguimos paso á paso los progresos del mal, presenciarémos que el sonido oscuro asciende paulatinamente, trasformándose en verdadera macicez. Dicha oscuridad empieza comunmente por el dorso, mas rara vez en la línea axilar ó en la cara anterior del tórax. Entretanto, han existido cuando más los dolores propios de una pleurítis subaguda; la ansiedad ha aumentado en esos dias; durante los grandes esfuerzos inspiratorios queda inmóvil la mitad derecha del tórax, y se exagera aquella tosecilla tenaz que el paciente procura contener por las molestias que le ocasiona.

En el segundo caso encontrarémos ya enteramente formada la macicez en cuestion. No es posible suponer en ninguna de ambas modalidades que ella sea debida á una lesion del pulmon: porque la falta de vibraciones, la ausencia de respiracion, la ampliacion del pecho, manifiestan que un cuerpo extraño ocupa su lugar, y la fluctuacion revela que se trata de un líquido. Puede auscultarse tambien el soplo tubario, y

estertores subcrepitantes en los límites exteriores de la macicez. Acaso en el principio pueden servir los caractéres de la voz, para indicar la presencia de un derrame incipiente: el Sr. Dr. Bandera dice que se percibe *como apretada*, y en casos de esta especie me ha parecido encontrarle semejanza con la que se oye en la bocina del teléfono.

Hayamos ó no presenciado el desarrollo del derrame, hasta este momento sólo podemos afirmar, con entera justicia, su existencia y la del absceso hepático, que he supuesto diagnosticado desde ántes. Digo que únicamente esto podemos asegurar, porque es posible la coincidencia de una supuracion del hígado con un hidrotórax, y se tendrán entónces signos enteramente análogos á los señalados, como se desprende con claridad de una observacion publicada no hace mucho en la "Union Médica" de Paris.[1] No debe olvidarse jamás la posibilidad de esta coincidencia.

No obstante, grandes son las probabilidades en favor de un piotórax constituido por pus hepático, si habiendo presenciado el nacimiento de la hepatítis y su terminacion por un absceso, vemos que la mitad derecha del tórax (en la cual suele aparecer un extenso edema subcutáneo), se amplía desmesuradamente de abajo arriba á expensas del abultamiento del hígado, con el cual se continúa: ó bien, cuando estando el líquido enquistado por falsas membranas, se note al buscar por la percusion el límite superior de la glándula, que la macicez asciende bruscamente haciendo una curva de convexidad superior, cuya cúspide alcanza, con evidencia, un punto situado en la jurisdiccion del pulmon y no del hígado.

Sucede á veces que el hígado se ha retraído de tal modo, despues de haber vaciado en el pecho su contenido, que se oculta enteramente bajo las costillas; puede creerse así en un

1 En la entrega correspondiente al 5 de Febrero del presente año.

simple piotórax, áun cuando el líquido se abra en los brónquios, como sucedió en dos de las observaciones referidas. Sólo puede despejarse entónces la incógnita por un concienzudo estudio de la marcha y de los síntomas del caso en litigio. El análisis de la orina podria servir tambien, pues parece un hecho demostrado que en los individuos que tienen supurado el hígado, disminuye la cantidad de urea excretada en 24 horas.

Pero el recurso que da más datos para resolver todas las dudas, es la toracentésis: si practicada en un lugar muy alto, obtenemos pus con todos los caractéres macroscópicos y microscópicos ya conocidos del hepático, será evidente la ruptura del absceso en la pleura; ó si hecha en algun punto en que son dudosas las fronteras del pecho y del vientre, notamos sucesivamente la diminucion del absceso y poco despues la bajada rápida del derrame: en desproporcion ésta con la retraccion del órgano. En caso de duda, podrianse hacer varias punciones en diferentes sitios, y extraer en algunas de ellas un producto enteramente distinto del pus yecoral, si era otro el líquido coleccionado en la pleura.

Dije arriba, que cuando un absceso de hígado está abierto en la pleura y enquistado en ella, se notaba á veces un brusco y pronunciado levantamiento en la línea superior que marca la macicez hepática; pero dí tal signo como muy útil para despertar la sospecha, y de ningun modo como característico. Me conduce á hacer esta importante salvedad, la siguiente consideracion: puede acontecer que despues de haber destruido la supuracion las inserciones digitales del diafragma, despegue lentamente la hojita parietal de la pleura de la superficie interna del tórax, acumulándose entre ambas; entónces el exámen físico puede dar resultados semejantes á los que ofrece un verdadero derrame en la serosa. ¿Cómo pues distinguir un absceso subpleural cuyo manantial está en el hígado, de otro del mismo orígen abierto y enquistado en la pleura?

Desde luego, la opinion de varios respetables Profesores á quienes he consultado, es que en la mayoría de los casos debe ser casi imposible el diagnóstico diferencial. Aumentó el desaliento que este parecer habia producido en mi ánimo, con el estudio de una observacion consignada en la Memoria tantas veces citada ya del Dr. Jiménez. [1] — Se trata de un jóven soldado afectado de un absceso en el hígado, adquirido á consecuencia de privaciones y fatigas de todo género. El conjunto de signos racionales y físicos, demuestra la existencia de dicha enfermedad; pero "la resonancia era normal en todo el tórax, excepto en la parte posterior, en una zona que se extiende desde la espina del omoplato derecho hasta la base y desde la columna vertebral hasta el borde posterior de la axila, en que la percusion daba un sonido *perfectamente macizo; respiracion nula, enteramente áfona, en toda esa área; . . . . la falta de resonancia era absoluta; ligero estertor subcrepitante en sus límites exteriores; respiracion natural* en todos los demás puntos, *algo pueril en el pulmon izquierdo.*" El hígado llegaba en el vientre hasta una pulgada encima de la cicatriz umbilical y hácia arriba justamente á la tetilla. Se fijó este diagnóstico: *absceso de hígado que amenaza abrirse por los brónquios*, como en efecto sucedió despues.— Segun este relato, ¿no ha venido ya á la mente del lector la sospecha cuando ménos, de que habia en este caso un líquido en la pleura? Pues no fué la opinion del célebre clínico, quien desechó la idea de que el líquido revelado por la fluctuacion fuera el producto de una pleuresía circunscrita por adherencias. Se fundó en estas razones: "además de que esta clase de derrames circunscritos son muy excepcionales, y propios de otra especie de pleuresías, aquí no habia desenvuelto egofonía ni el soplo brónquico que frecuentemente se oye en sus límites superiores, ni se aus-

1 Página 14 y siguientes.

cultaba ruido alguno de los que causa la produccion de falsas membranas en la pleura." Admitió, pues, como más natural, que el pus habia perforado el diafragma é insinuádose entre este tabique y las costillas, y entre éstas y la pleura, envolviendo al pulmon en su marcha. El enfermo curó despues de haber corrido grandes peligros.

—Es tan profundo mi respeto por la memoria del insigne médico, que no vacilo en admitir que las cosas pasaron tal como él las vió: pero la lectura de esta historia clínica ha sembrado en mi espíritu grandes dudas y me ha convencido de que en efecto, con frecuencia, deben ser casi insuperables las dificultades del diagnóstico.

Recurriendo á los libros, he hallado solamente un trabajo que puede servir para nuestro objeto,[1] suscrito por Bartels (de Kiel). Estudia este señor los abscesos peri-pleurales, esto es, la supuracion del tejido celular pleuro-costal, extraña por lo comun á toda lesion traumática y siempre independiente de pleuresía anterior ó de una enfermedad diatésica. Se funda en otro trabajo de Wunderlich, en un ejemplo publicado por Billroth y en tres observaciones propias. Describe á sus enfermos, investiga la patogenia, y cuando trata de hacer la diferenciacion entre dichos abscesos y los derrames purulentos de las pleuras, confiesa ante todo que en los dos casos el lado afectado puede ser el sitio de una dilatacion más ó ménos considerable, pudiendo cesar de tomar parte en los movimientos; que en ambos existe macicez en toda la extension de la coleccion líquida, con ausencia de vibraciones torácicas y de murmurio vesicular, y áun soplo en el límite de aquella.

En seguida señala los siguientes caractéres distintivos.

—Los abscesos subpleurales tienen poca tendencia á vaciarse en la cavidad de la serosa.

1 En la "Gaceta hebdomadaria de Medicina y de Cirugía," 1874, vol 11°, pág. 317.

—Es notable en ellos la frecuencia de una nefritis difusa como complicacion consecutiva. (?)

—Miéntras la pleuresía purulenta rechaza hácia afuera y dilata todos los espacios intercostales, el absceso subpleural, por el contrario, trae mucho más rápidamente en *algunos* espacios la infiltracion purulenta de las capas musculares, altera su estructura, destruye sus funciones y produce una separacion considerable entre dos costillas vecinas, de manera que el espacio intercostal en cuestion es mucho más ancho que los otros, y las dos costillas que le limitan hacen una prominencia mayor.

—La forma de la macicez en la peri-pleuritis difiere de la que se encuentra tan regularmente en los derrames libres, puesto que la acumulacion del líquido en la primera se verifica por otras leyes que las de la pesantez: pero no veo el motivo para que sea distinta de la de un derrame enquistado.

—En las colecciones peri-pleurales, puede oírse á veces la respiracion abajo de la macicez: basta para ello que el pulmon esté adherido por su base y el absceso un poco alto; no así en el piotórax, pues áun cuando el líquido se acumule entre el lóbulo superior y el inferior, éste no respira por estar atelectasiado.

—Sostiene esta errónea creencia: que en el hidrotórax no es posible apreciar la fluctuacion.

—En la peri-pleuritis no hay rechazamiento de los órganos vecinos.

—Por último, indica un síntoma, que á ser exacto, tiene grande importancia. En los exudados peri-pleurales que abovedan las costillas, hay un abatimiento de los espacios intercostales durante la inspiracion y tension durante la expiracion: no sucederia así en la hidropesía de pecho.

Ojalá que la reunion de algunos de estos signos pudiera servir, en cualquier caso, para establecer nuestro diagnóstico

diferencial; mas temo demasiado que no siempre puedan resolver la cuestion.

Al llamar por primera vez la atencion sobre este punto, lo hago con la esperanza de que pronto será esclarecido por alguno de nuestros prácticos. Yo por mi parte enunciaré con temor las siguientes ideas un poco teóricas, pero racionales en mi humilde concepto:

— Creo haber visto que en varios casos de absceso hepático enquistado en la pleura, ha sido posible descartar los signos de una pleuresía subaguda de los de la hepatítis, analizando con cuidado el conmemorativo; entónces tambien la temperatura puede levantarse mucho y la dispnéa llegar á su colmo. Paréceme que el abovedamiento nunca será tan exagerado cuando el pus esté inmediatamente bajo las costillas, como lo es en los derrames de pecho, aún circunscritos. Que en el primer caso, la compresion del pulmon no ha de ser suficiente para determinar, con la misma intensidad, todos los signos físicos que se observaron, por ejemplo, en la observacion 11ª Finalmente, que si en la duda se abre ampliamente un espacio intercostal, como si se quisiera curar un absceso subpleural, cuando en realidad se trata de esto, el aire no entra y sale libremente durante los movimientos respiratorios: á no ser que la pleura haya sido abierta.[1]

1 Posible es que la lectura de lo anterior sugiera á algun espíritu escéptico, el pensamiento de que en el hecho presentado por mí como el primer caso de curacion de un absceso hepático abierto en la pleura, no hubo en realidad tal complicacion: sino que únicamente el pus perforó el diafragma, se filtró bajo la pleura parietal, y se acumuló entre ella y las costillas. Pero hay en la observacion datos que hablan terminantemente en contra de esa idea, y si esto no bastara, permítaseme recordar que el diagnóstico contrario acabó por obtener la unanimidad de los pareceres, entre los cuales estuvo el del eminente Montes de Oca.

III.

Para concluir mi tarea diré unas cuantas palabras sobre el tratamiento.

—Con respecto á la medicacion interna, he visto que los purgantes surten admirablemente en el principio de las hepatítis, ayudados por los revulsivos (vejigatorios, fuertes embrocaciones de yodo). Entre nosotros, se usa por lo comun del calomel unido al ruibarbo ó á la raíz de jalapa; rara vez se emplean las emisiones sanguíneas generales ó locales. Por aquellos medios, manejados convenientemente desde los primeros momentos, me ha parecido que se puede hacer abortar la enfermedad, y que si la inflamacion llega á supurarse, el foco es pequeño.

Paso por alto otros recursos señalados en los libros, porque su utilidad me parece problemática y no me doy racionalmente cuenta de la manera cómo puedan obrar: ciertos médicos ingleses preconizan mucho, v. gr., el cloruro de amonio y la ipecacuana en el período congestivo de la hepatítis aguda.

—Yo me adhiero por completo á la opinion de los que piensan, que tan pronto como se sospeche siquiera la existencia de pus en el hígado, se debe practicar inmediatamente una puncion; porque está probado que ella no puede hacer daño alguno, y la experiencia enseña que la curacion es casi segura cuando se vacía pronto el absceso. Si se espera á que la glándula haya sido devorada en su mayor parte, en primer lugar, el paciente corre el peligro de morir por la ruptura de la coleccion purulenta en una serosa; y por otro lado, aunque la afeccion local cure, aquel sucumbirá al agotamiento produci-

do por la diarrea y la fiebre héctica, pues le falta uno de los órganos esenciales á la vida.

Apénas hay necesidad de decir que todo esto es aplicable á los abscesos yecorales abiertos en la pleura, ántes del accidente.

—Fijándome ahora con especialidad en nuestro asunto, pienso: 1º Que se debe puncionar el hígado tan luego como haya buenas razones para temer que el pus se está derramando en la pleura; me refiero á la forma insidiosa, pues claro es que en la sobreaguda no debe perderse ni un solo momento. 2º El éxito citado me anima á proponer (cuando ménos para los derrames enquistados), que si los accidentes no ceden pronto con las punciones simples, hay que abrir un espacio intercostal y canalizar el foco, para evacuarlo completamente ántes de que el pulmon se inutilice. Y no importa que el absceso esté abierto al mismo tiempo en los brónquios, porque sea cual fuere la explicacion, está demostrado por el Sr. Carmona y Valle que en los abscesos hepáticos abiertos en el árbol aéreo no hay putrefaccion ni alteracion del pus, áun cuando el aire esté en contacto con él.[1] Por lo demás, los cuidados de limpieza prodigados al enfermo pueden evitar su descomposicion. Castro propone el empleo de ventosas, con el objeto de absorber completamente el líquido de su cavidad, una vez abierta ampliamente.

Hay que nutrir despues al enfermo y combatir convenientemente los dolores, la diarrea y las calenturas que sobrevengan.

Se dice que despues de la supuracion el calomel es nocivo, pero es evidente que entónces se saca gran partido del yoduro de potasio.

1 "La Escuela de Medicina," lugar citado, página 303.

IV.

Deduzco de todo lo escrito estas cortas conclusiones:

Primera.—Cuando los abscesos de hígado se rompen en la pleura, los síntomas se presentan de una manera aguda ó siguiendo una marcha lenta é insidiosa: lo que autoriza á describir, por lo ménos, dos formas clínicas distintas.

Segunda.—En la mayoría de los casos se puede diagnosticar la complicacion.

Tercera.—La curacion, aunque verdaderamente extraordinaria, es posible en ciertas condiciones.

Cuarta.—Me veo inclinado á establecer que si los accidentes no ceden pronto con las punciones simples, es necesario abrir cuanto ántes un espacio intercostal y canalizar el foco.

México, Agosto de 1881.

Juan Manuel García y Reynoso.

NOTA IMPORTANTE.—Ya impreso este cuaderno, encuentro que Castro, práctico de Alejandría de Egipto, menciona en su obra una curacion sobre seis abscesos hepáticos abiertos en la pleura, aunque sin dar pormenor ninguno.—No sé cómo se deslizó en mis apuntes este grave error; pero sea como fuere, la lealtad me exige hacer esta rectificacion.—En vez, pues, de ser la mortalidad de 95.46 $^{o}/_{o}$, será de 91.31 $^{o}/_{o}$, fortaleciendo así mi tercera conclusion.